

MODELO PRESCRIPCIÓN MÉDICA **TRANSPORTE**

FECHA / /

BENEFICIARIO DNI EDAD

Solicito transporte hacia (prestación).

Desde hasta 2025.

Con dependencia SI NO (tachar lo que corresponda)

Justificación medica del por qué no se puede trasladar en transporte público:.....

.....
.....
.....

Diagnóstico

.....
Firma y sello del profesional solicitante